

ผลการวิเคราะห์สถานการณ์

ที่ส่งผลต่อสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียนในปีที่ผ่านมาและความรู้ที่นำมาใช้ประกอบการวิเคราะห์

(ตัวชี้วัดที่ 3.6 ร้อยละของเด็กอายุ 12 ปี ปราศจากโรคฟันผุ (Caries free))

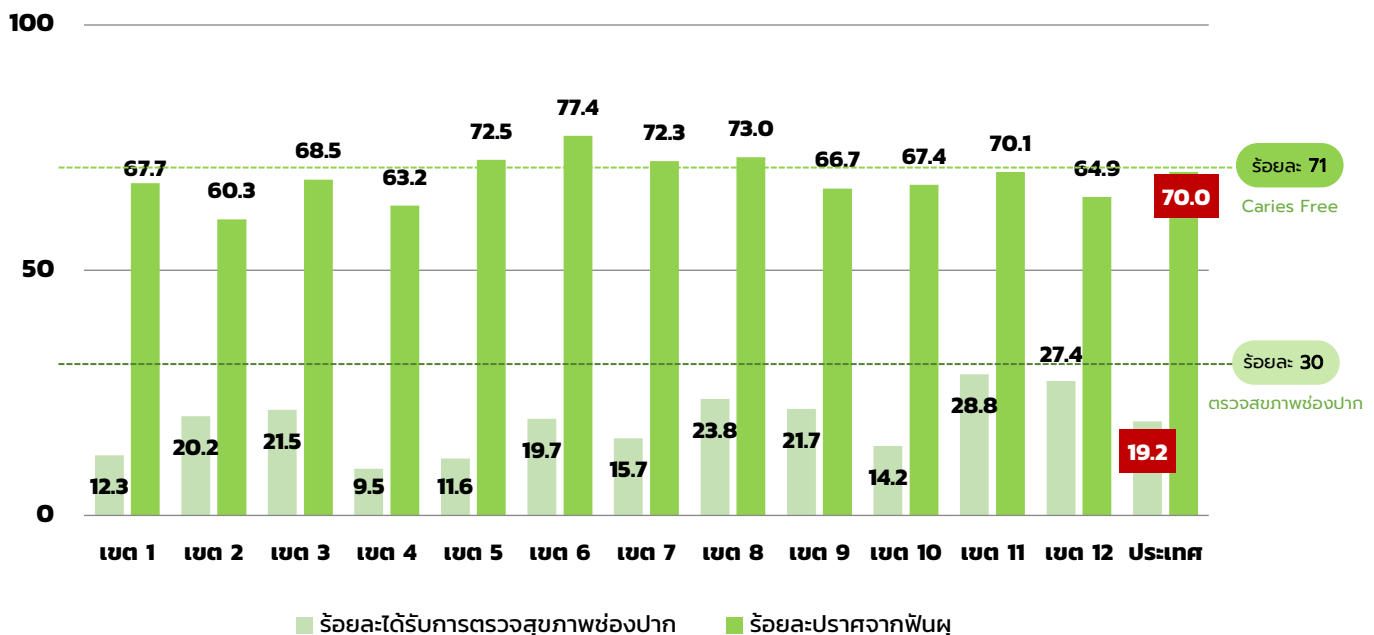
รอบ 5 เดือนหลัง (มีนาคม - กรกฎาคม 2566)

ผลผลิต/ผลลัพธ์ ระดับ Le (Level) ของผลการดำเนินการในปัจจุบัน

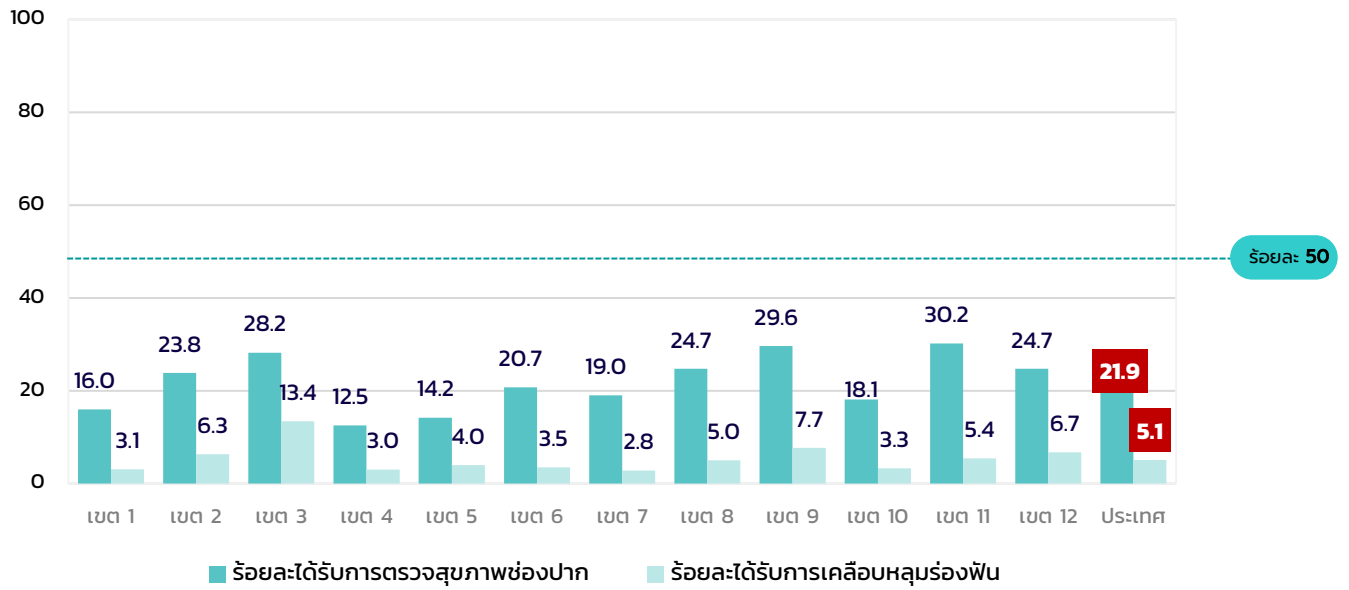
1. สภาวะสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียน

ข้อมูลสถานการณ์สภาวะสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียนจากผลการดำเนินงานรอบ 5 เดือนแรก (ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566) พบว่า เด็กอายุ 12 ปี ปราศจากฟันผุ (Caries free) ร้อยละ 70.0 โดยเป้าหมายกำหนดไว้ที่ร้อยละ 71 ในส่วนความครอบคลุมของการตรวจสุขภาพช่องปาก พบว่า เด็กอายุ 12 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและวางแผนการรักษา ร้อยละ 19.2 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้คือ ร้อยละ 30 โดยเขตสุขภาพที่ 12 มีผลงานการตรวจสุขภาพช่องปากและวางแผนการรักษาสูงสุด คือ ร้อยละ 27.4 และเขตสุขภาพที่ 4 มีผลงานการตรวจสุขภาพช่องปากและวางแผนการรักษาต่ำที่สุด คือ ร้อยละ 9.5 (ตั้งแผนภูมิที่ 1) สำหรับการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากในเด็กวัยเรียน พบว่า เด็กอายุ 6-12 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 21.9 และได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้เพียงร้อยละ 5.1 ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ (ร้อยละ 50) (ตั้งแผนภูมิที่ 2) ในส่วนของการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ พบว่า เด็กอายุ 4 – 12 ปี ได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ ร้อยละ 17.2 โดยเป้าหมายที่กำหนดคือ ร้อยละ 50 (ตั้งแผนภูมิที่ 3) ทั้งนี้เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ที่ผ่านมา หน่วยบริการยังไม่สามารถจัดบริการป้องกันด้านสุขภาพช่องปาก และกิจกรรมต่างๆในโรงเรียนในโรงเรียนได้ เป็นผลให้ความครอบคลุมของการให้บริการในกลุ่มเด็กวัยเรียนและผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

แผนภูมิที่ 1 ร้อยละเด็กอายุ 12 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และปราศจากฟันผุ (caries free)

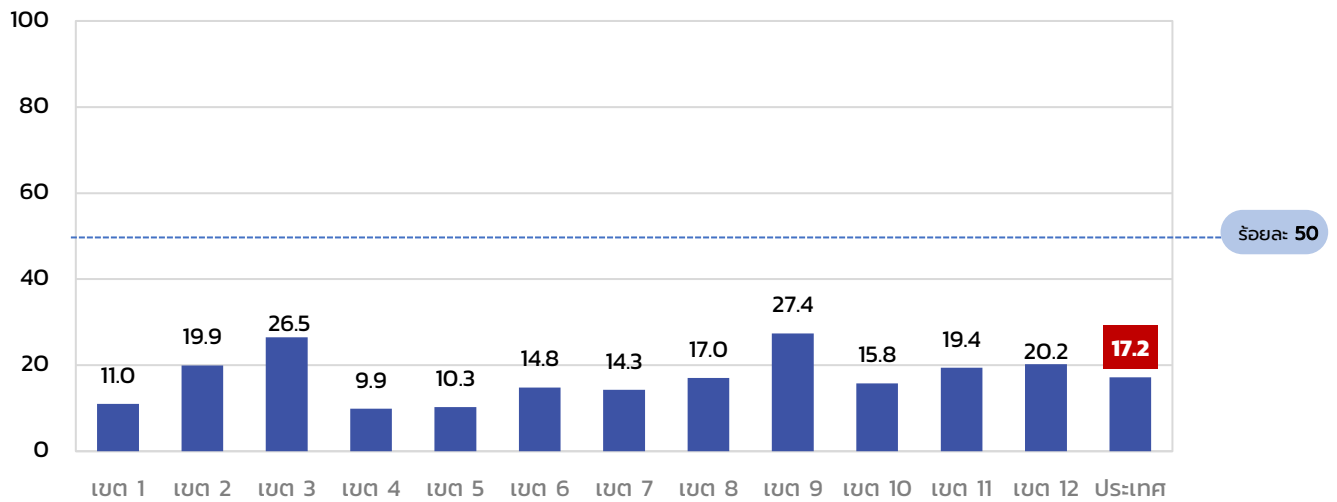


แผนภูมิที่ 2 ร้อยละของเด็กอายุ 6-12 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และ ได้รับการการเคลือบหลุมร่องฟัน



ที่มา : ข้อมูลจากระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2566

แผนภูมิที่ 3 ร้อยละของเด็กอายุ 4-12 ปี ได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่

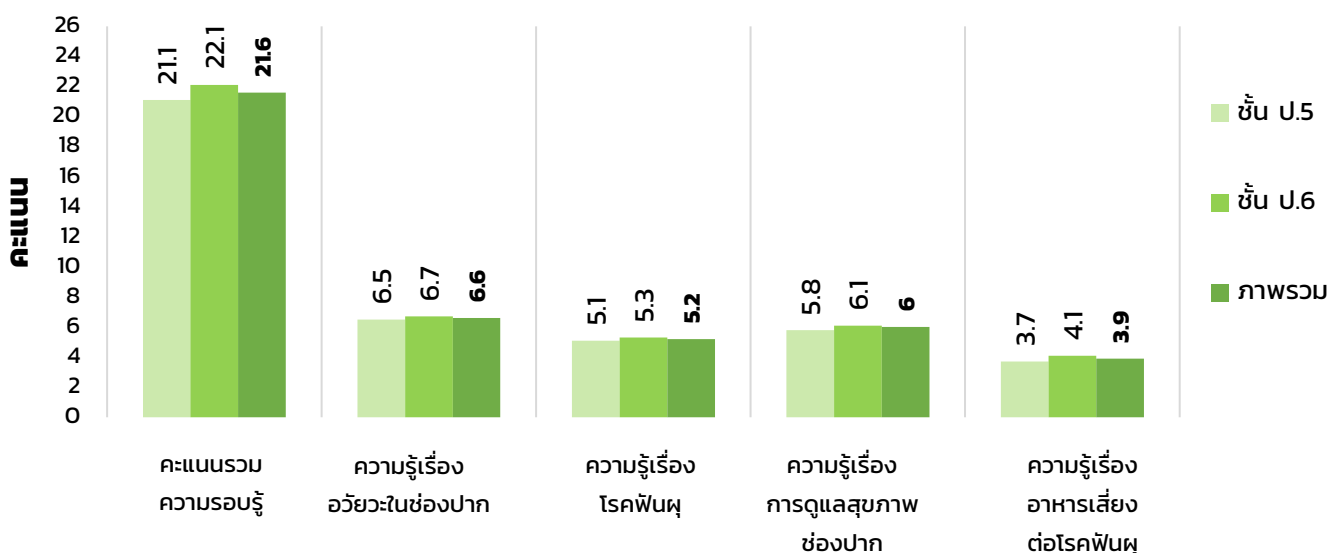


ที่มา : ข้อมูลจากระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2566

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมด้านสุขภาพช่องปาก และปัจจัยเสี่ยงสำคัญ

จากข้อมูลการประเมินผลโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคในโรงเรียน ปี 2563 โดยสำนักทันตสาธารณสุข พบว่า ความรอบรู้สุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียน ชั้น ป.5 และ ป.6 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน (Basic or Functional Health Literacy) เฉลี่ย ร้อยละ 21.6 คะแนน จากคะแนนเต็ม 26 คะแนน (คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 21 คะแนน คือมีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากขั้นพื้นฐานที่เพียงพอ) ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้เพียงพอต่อการส่งผลให้เกิดสุขภาพช่องปากที่ดี (คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 21 คะแนน) ร้อยละ 72 แต่เมื่อพิจารณาความรอบรู้รายด้านพบว่า เด็กวัยเรียนมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สุขภาพช่องปากในด้านการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุน้อยที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ย 3.9 คะแนน จากคะแนนเต็ม 6 คะแนน (ดังแผนภูมิที่ 4) และจากรายงานการสำรวจสถานะทันตสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง ปีงบประมาณ 2565 โดยสำนักทันตสาธารณสุข ยังพบว่าเด็กวัยเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ด้านการแปรงฟันและการบริโภคอาหารยังน้อยอยู่มาก โดยมีการแปรงฟันแบบ 2-2-2 (แปรงฟันอย่างน้อย 2 ครั้ง เข้าและก่อนนอน ด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ นาน 2 นาที และงดกินอาหารหลังแปรงฟัน 2 ชั่วโมง) เพียงร้อยละ 44.0 ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่า เด็กดื่มน้ำอัดลม ร้อยละ 60.1 ดื่มน้ำหวาน ร้อยละ 58.8 และกินขนมกรุบกรอบมากกว่า 2 ครั้งต่อวัน ร้อยละ 42.5 ซึ่งเป็นพฤติกรรมเสี่ยงสำคัญที่ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง (ดังตารางที่ 1 แสดงร้อยละพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมเสี่ยงสำคัญในเด็กวัยเรียน)

แผนภูมิที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพช่องปากในนักเรียน จำแนกรายด้าน



ที่มา : ข้อมูลจากรายงานการประเมินผลโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคในโรงเรียน ปี 2563 โดย สำนักทันตสาธารณสุข

ตารางที่ 1 แสดงร้อยละพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมเสี่ยงสำคัญในเด็กวัยเรียน

พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมเสี่ยงสำคัญ	2561	2562	2563	2564	2565
ร้อยละเด็กดื่มน้ำหวาน	60.8	63.9	58.9	45.9	58.8
ร้อยละเด็กดื่มน้ำหวาน มากกว่า 4 วัน/สัปดาห์	22.9	31.8	32.1	32.6	34.2
ค่าเฉลี่ยเด็กดื่มน้ำหวาน (ครั้ง/วัน)	3.7	-	1.5	0.7	0.9
ร้อยละเด็กดื่มน้ำอัดลม	56.9	66.8	45.2	45.1	60.1
ร้อยละเด็กดื่มน้ำอัดลมมากกว่า 4 วัน/สัปดาห์	19.8	33.7	30.2	33	33.8
ค่าเฉลี่ยเด็กดื่มน้ำอัดลม (ครั้ง/วัน)	3.7	-	1.4	0.6	1.6
ร้อยละเด็กกินขนม	80.5	85.9	87	60.6	83.6
ค่าเฉลี่ยเด็กกินขนม (ครั้ง/วัน)	1.6	-	1.8	1.1	1.5
ค่าเฉลี่ยเด็กกินลูกอม/เยลลี่ (เม็ด/วัน)	0.5	1.9	-	1.6	1.1
ร้อยละเด็กกินขนม มากกว่า 2 ครั้ง/วัน	48.7	25.7	50.7	42.8	42.5
ร้อยละเด็กแปรงฟัน 222	46.0	55.4	31.8	34.3	44.0

ที่มา: รายงานการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง ปี 2565 สำนักทันตสาธารณสุข

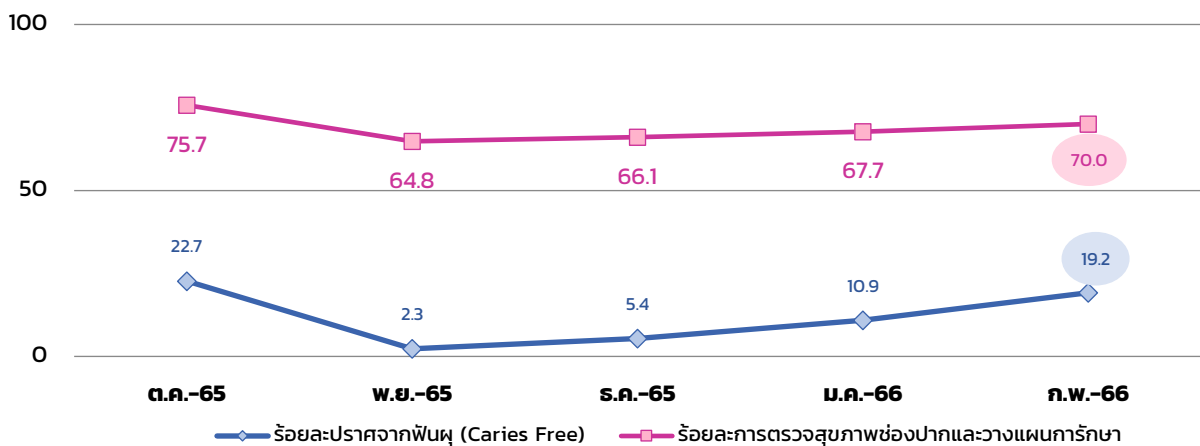
3. สถานการณ์การดำเนินงานกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียน

จากรายงานการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง โดยสำนักทันตสาธารณสุข พบว่า สถานการณ์การดำเนินงานกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียน ในปี 2565 โรงเรียนมีการจัดกิจกรรมพัฒนาทักษะการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน ร้อยละ 79.1 และโรงเรียนไม่มีการจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ ร้อยละ 29.5 ซึ่งลดลงจากปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 41.2)

ผลผลิต/ผลลัพธ์ ระดับ T (Trends)

ผลการดำเนินงานร้อยละเด็กอายุ 12 ปี ปราศจากฟันผุ (caries free) และได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และวางแผนการรักษาตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 พบว่า ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2565 ถึง กุมภาพันธ์ 2566 เด็กอายุ 12 ปี มีแนวโน้มปราศจากฟันผุ (caries free) เพิ่มขึ้น คือ ร้อยละ 64.8 , 66.1 , 67.7 และ 70.0 ในส่วนของ ความครอบคลุมของการตรวจสุขภาพช่องปาก พบว่ามีแนวโน้มความครอบคลุมเพิ่มขึ้นตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2565 ถึง กุมภาพันธ์ 2566 เช่นกัน คือ ร้อยละ 2.3 , 5.4, 10.9 และ 19.2 ตามลำดับ แต่ยังคงไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ คือ เด็กอายุ 12 ปี ปราศจากฟันผุ (caries free) ร้อยละ 71 และ ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและวางแผนการรักษา ร้อยละ 30 ทั้งนี้เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรค COVID -19 ที่ผ่านมา หน่วยบริการยังไม่สามารถจัดบริการป้องกัน ด้านสุขภาพช่องปาก และกิจกรรมต่างๆในโรงเรียนในโรงเรียนได้ เป็นผลให้ความครอบคลุมของการให้บริการในกลุ่มเด็กวัยเรียนและผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

แผนภูมิที่ 6 แสดงแนวโน้ม ร้อยละเด็ก 12 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและวางแผนการรักษา และ ปราศจากฟันผุ (caries free) ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2566 – กุมภาพันธ์ 2566

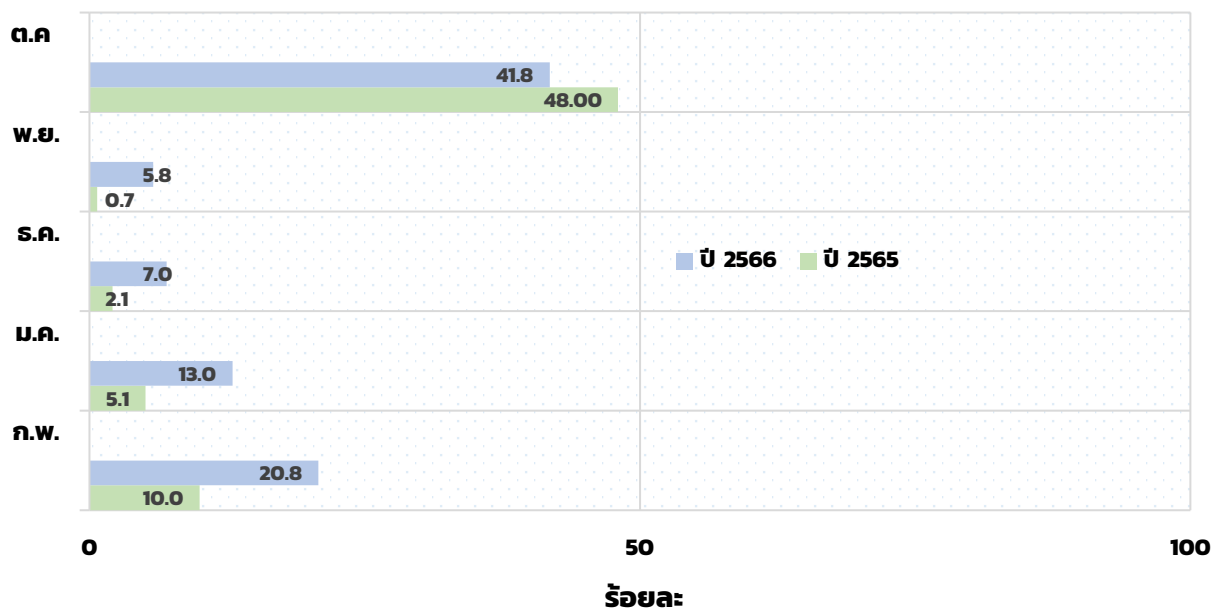


ที่มา : ข้อมูลจากระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2566

ผลผลิต/ผลลัพธ์ ระดับ C (Comparisons)

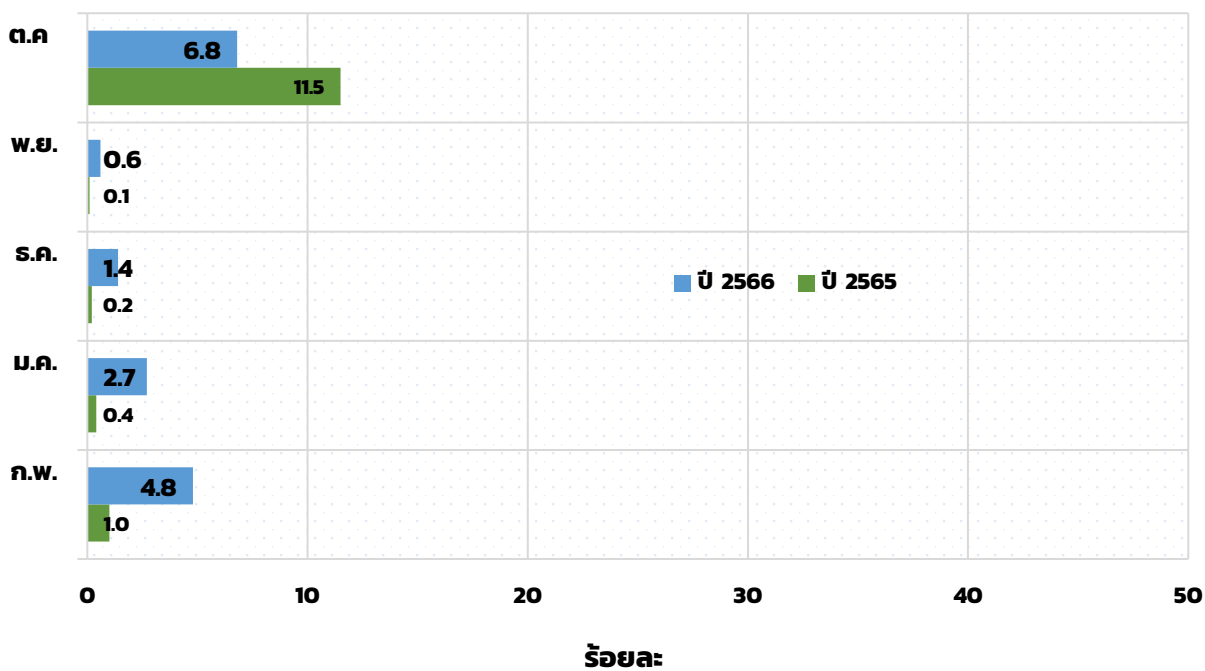
เมื่อเปรียบเทียบผลการตรวจสุขภาพช่องปากและการได้รับบริการเคลือบหลุมร่องฟันของเด็กวัยเรียน (6-12 ปี) ในช่วงเดือนเดียวกันของปี 2565 และ ปี 2566 พบว่า ในปี 2565 เด็กวัยเรียนได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและเคลือบหลุมร่องฟันน้อยกว่าปี 2566 ทั้งนี้เนื่องจากในปี 2565 เป็นช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 แพร่กระจาย เป็นวงกว้างและรวดเร็วมากขึ้น ส่งผลให้หน่วยบริการจัดบริการเฉพาะกรณีที่ได้รับบริการมีอาการฉุกเฉินและเร่งด่วนไม่สามารถจัดบริการส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพช่องปากได้ ทำให้มีความครอบคลุมของการให้บริการในกลุ่มเด็กวัยเรียนลดลงเมื่อเทียบกับปี 2566 (ดังแผนภูมิที่ 7 และ 8)

แผนภูมิที่ 7 เปรียบเทียบร้อยละการตรวจสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียน (6-12 ปี)
ในช่วงเดือนเดียวกัน ของปี 2565 -2566



ที่มา : ข้อมูลจากระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2566

แผนภูมิที่ 8 เปรียบเทียบร้อยละการเคลือบหลุมร่องฟันในเด็กวัยเรียน (6-12 ปี)
ในช่วงเดือนเดียวกัน ของปี 2565 – 2566



ที่มา : ข้อมูลจากระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 30 กันยายน 2565

จากข้อมูลสถานการณ์สภาวะสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียนที่ผ่านมา ยังคงมีการระบาดของโรค COVID -19 ส่งผลให้หน่วยบริการจัดบริการเฉพาะกรณีที่ได้รับบริการมีอาการฉุกเฉินและเร่งด่วน ยังไม่สามารถจัดบริการป้องกันด้านสุขภาพช่องปากได้ ทำให้มีความครอบคลุมของการให้บริการในกลุ่มเด็กวัยเรียนยังไม่บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากเด็กวัยเรียนในรอบ 5 เดือนหลัง จึงต้องมีการปรับให้สอดคล้องกับสภาวะการระบาดของโรค COVID -19 สู่การเป็นโรคประจำถิ่น โดยมุ่งเน้นมาตรการส่งเสริมความรู้สุขภาพช่องปากเพื่อให้เด็กมีพฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์และสามารถเฝ้าระวังโรคในช่องปากได้ด้วยตนเอง (Self-surveillance) ผ่าน digital platform^{1,2} สร้างความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากนักเรียนผ่านกิจกรรมการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติในโรงเรียน (Active learning)³ เช่น จัดกิจกรรมเรียนรู้เรื่องทันตสุขภาพที่สอดคล้องกับหลักสูตรการศึกษา จัดการเรียนรู้ที่มุ่งพัฒนาทักษะการแปรงฟันที่ถูกต้อง การเรียนรู้ที่มุ่งพัฒนาทักษะในการเลือกรับประทาน อาหาร ขนม และเครื่องดื่มที่ไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปากจะช่วยลดการเกิดคราบจุลินทรีย์ได้⁴ ในส่วนของการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียนประถมศึกษาถือเป็นมาตรการที่ช่วยลดและป้องกันโรคในช่องปากได้⁵ และลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพในเด็กที่มีเศรษฐฐานะต่ำ^{6,7} โดยจัดให้มีระบบเฝ้าระวังสภาวะสุขภาพช่องปากของนักเรียนและการส่งต่อเพื่อรับบริการตั้งแต่เริ่มแรก (Early detection and early treatment)⁸ มีการตรวจสุขภาพช่องปากนักเรียนและประเมินความเสี่ยงของโรคในช่องปาก รวมทั้งจัดระบบส่งต่อบริการในเด็กที่จำเป็นต้องได้รับการบริการ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง⁹ เช่น โรงเรียน ครอบครัว ชุมชน และภาคส่วนต่างๆ มีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กวัยเรียน สร้างสิ่งแวดล้อม รวมถึงนโยบายที่สนับสนุนการมีสุขภาพช่องปากที่ดีในเด็กวัยเรียน สำหรับการเพิ่มความครอบคลุมการเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันโรคในช่องปากเด็กวัยเรียนวัยรุ่น ได้มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก เพื่อการให้บริการที่มีคุณภาพผ่านหลักสูตรออนไลน์^{10,11,12}

¹ Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*, 15(3), 259-267. <https://academic.oup.com/heapro/article/15/3/259/551108>

² World Health Organization. "Mobile technologies for oral health: an implementation guide." (2021). <https://www.who.int/publications/i/item/9789240035225>

³ กลุ่มมาตรฐานการศึกษา สำนักมาตรฐานการศึกษาและพัฒนาระบบการเรียนรู้ การจัดการเรียนรู้ฐานสมรรถนะเชิงรุก.(2563) <http://backoffice.onec.go.th/uploads/Book/1801-file.pdf>

⁴ Stein C, et al. Effectiveness of oral health education on oral hygiene and dental caries in schoolchildren: Systematic review and meta-analysis. *Comm Dent Oral epidemiol* 2017: 1-8. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28815661/>

⁵ Jones, Jack T., et al. *Health-Promoting Schools: A healthy setting for living, learning and working*. No. WHO/HPR/HEP/98.4. World Health Organization, 1998. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63868/WHO_HPR_HEP_98.4.pdf?sequence=1&isAllowed=y

⁶ Petersen PE, et al. School-based intervention for improving the oral health of children in southern Thailand. *Community Dental Health* 2015; 32: 44-50 <https://www.colgateprofessional.com.br/content/dam/cp-sites/oral-care/professional/pt-br/general/pdf/Community%20Dental%20Health.pdf>

⁷ Rogers JG. Evidence-based oral health promotion resource. Prevention and Population Health Branch, Government of Victoria, Department of Health, Melbourne, 2011.

⁸ Kwan, S. Y., Petersen, P. E., Pine, C. M., & Borutta, A. (2005). Health-promoting schools: an opportunity for oral health promotion. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(9), 677-685. <https://www.scielosp.org/pdf/bwho/v83n9/v83n9a13.pdf>

⁹ Gray, G., Barnekow Rasmussen, V., Young, I., & World Health Organization. (2006). *Health-promoting schools: a practical resource for developing effective partnerships in school health, based on the experience of the European Network of Health Promoting schools* (No. EUR/06/5061578). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107824/E90053.pdf;sequence=1>

¹⁰ การใช้ฟลูออไรด์ในรูปแบบต่างๆโดยทันตบุคลากร <https://dental.anamai.moph.go.th/th/cms-of-545/177336>

¹¹ แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กนักเรียนในโรงเรียนประถมศึกษา <https://dental.anamai.moph.go.th/th/cms-of-545/177337>

¹² การเคลือบหลุมร่องฟันอย่างมีประสิทธิภาพ <https://dental.anamai.moph.go.th/th/cms-of-545/177335>

